

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1898-1899. — N° 56

DES
Ostéites du grand Trochanter

ET DE LEURS

Rapports avec la Coxalgie

(COXALGIE TROCHANTÉRIENNE)

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 28 Décembre 1898

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

A. MORDANT

ELÈVE DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

Né à Fressinos (Deux-Sèvres), le 8 novembre 1875



LYON

IMPRIMERIE PAUL LEGENDRE & C^{ie}

Ancienne Maison A. WALTENER

14, rue Bellecordière, 14

—
1898

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1898-1899. — N° 56

DES

Ostéites du grand Trochanter

ET DE LEURS

Rapports avec la Coxalgie

(COXALGIE TROCHANTÉRIENNE)

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 28 Décembre 1898

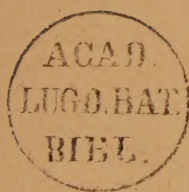
POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

A. MORDANT

ÉLÈVE DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

Né à Fressines (Deux-Sèvres), le 8 novembre 1875



LYON

IMPRIMERIE PAUL LEGENDRE & C^{ie}

Ancienne Maison A. WALTENER

14, rue Bellecordière, 14

—
1898

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET DOYEN.
LACASSAGNE. ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PAULET, CHAUVEAU, BERNE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales	BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements.	OLLIER.
Clinique ophtalmologique	PONCET.
Clinique des Maladies cutanées et syphilitiques.	FOCHIER.
Clinique des Maladies mentales	GAYET.
Physique médicale.	GAILLETON.
Chimie médicale et pharmaceutique	PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie	MONOYER.
Matière médicale et Botanique	HUGOUNENQ.
Zoologie et Anatomie comparée	CAZENEUVE.
Anatomie	FLORENCE.
Anatomie générale et Histologie.	LORTET.
Physiologie	TESTUT.
Pathologie interne.	RENAUT.
Pathologie externe.	MORAT.
Pathologie et Thérapeutique générales.	TEISSIER.
Anatomie pathologique.	AUGAGNEUR.
Médecine opératoire.	MAYET
Médecine expérimentale et comparée	TRAPIER
Médecine légale	POLLOSSON (M.,
Hygiène	ARLOING.
Thérapeutique	LACASSAGNE.
Pharmacie.	BARD.
	SOULIER.
	CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes M. LAROYENNE

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Cliniques des Maladies des Enfants	MM. WEILL,	agrégé.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx.	LANNOIS.	—
Accouchements.	POLLOSSON (A.)	—
Botanique.	BEAUVISAGE,	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BEAUVISAGE.	ROLLET.	DURAND.	PAVIOT.
CONDAMIN.	ROUX.	DOYON.	NOVE-JOSSERAND.
COURMONT.	COLLET.	BARRAL.	BÉRARD.
DEVIC.	BOYER.	MOREAU.	BORDIER.
POLLOSSON (A.)	VALLAS.	PI	SAMBUC.
ROCHET.	SIRAUD.		

M. BEAUDUN, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. OLLIER, Président ; M. ROUX, Assesseur ;
MM. ROCHET et CONDAMIN, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

Sur la première page de ce modeste travail, au moment de quitter l'Université lyonnaise, nous sommes heureux de pouvoir exprimer notre reconnaissance à nos maîtres de Desgenettes et de l'Hôtel-Dieu, pour l'intérêt ou la sympathie qu'ils nous ont témoignés au cours de trois années d'études.

Nous prions surtout M. le professeur agrégé Gangolphe de croire à l'excellent souvenir que nous conserverons du bon accueil que nous avons toujours trouvé dans son service. Nous n'oublierons pas qu'à lui revient l'idée première de ce travail, et qu'il nous a prodigué ses conseils pour le mener à bonne fin.

Nous voulons adresser aussi nos remerciements les plus sincères à M. le professeur Ollier, pour l'honneur qu'il nous fait en voulant bien accepter aujourd'hui la présidence de cette thèse.

Enfin nous ne quitterons pas l'école sans emporter un excellent souvenir de nos camarades de promotion et des bonnes sympathies que nous avons rencontrées chez eux. Nous n'oublierons pas surtout le docteur Sirot et tous ceux que nous avons pu, comme camarades d'étude, mieux connaître et mieux apprécier.

A. M.

INTRODUCTION

« Le mot coxalgie, dit M. Ollier, comprend des variétés nombreuses quant au siège et à la gravité de la lésion, et c'est se fermer volontairement les yeux que de vouloir les réunir sous la même étiquette, et les considérer comme des unités de même espèce. »

Et de fait, il n'est pas douteux que l'on ait souvent confondu en clinique avec la coxalgie et décrit sous ce nom des affections qui ont envahi l'articulation à une certaine période de leur évolution, mais qui n'étaient au début que de simples ostéites du fémur ou des os du bassin.

• Si l'on songe que ces ostéites s'accompagnent de symptômes très analogues à ceux de la coxalgie ; que, d'autre part, il peut être très difficile en clinique de préciser le siège d'une ostéite du bassin, on comprend que l'erreur de diagnostic soit très facile.

Il peut en être de même pour les ostéites extra-articulaires du fémur. Cependant leur siège plus superficiel permet de les mieux diagnostiquer et de s'opposer souvent par une intervention opportune à

unè arthrite que, sans elles, on aurait probablement vu se déclarer.

On a donc groupé des variétés très différentes sous une seule dénomination à qui l'on a voulu faire dire trop de choses et qui en définitive a perdu aujourd'hui toute signification précise.

S'il en est ainsi, et puisque le terme de coxalgie n'a rien en lui-même qui rappelle l'arthrite coxo-fémorale plutôt qu'une autre affection douloureuse de la hanche, pourquoi vouloir le réserver d'une façon exclusive à l'arthrite tuberculeuse coxo-fémorale ?

On décrit sous le nom de coxalgie une affection qui a très souvent son siège dans la tête fémorale. Pourquoi ne pas appeler coxalgie une affection caractérisée en clinique par des symptômes très analogues, mais qui a son siège dans le grand trochanter, c'est-à-dire dans une épiphyse très comparable à la tête du fémur ? Pourquoi, surtout, ne pas appeler coxalgie une affection qui résulte très souvent d'une ostéite juxta-épiphysaire, alors que cette même lésion, si rien ne l'arrête dans son évolution, doit envahir dans la plupart des cas l'articulation coxo-fémorale ? Les symptômes de l'affection rappellent si bien ceux de la coxalgie ordinaire qu'il est impossible de dire à quel moment l'articulation est envahie et quand il faut abandonner le terme d'ostéite pour adopter celui de coxalgie.

Nous voudrions, en conséquence, laisser au mot coxalgie sa signification primitive en précisant, suivant le cas, par un adjectif la variété clinique ; en

disant coxalgie, on rappellerait l'ensemble des symptômes analogues que donnent les lésions osseuses de la hanche ; le siège de ces lésions et les particularités qui en découlent seraient précisés par l'adjectif.

Ce n'est donc pas une maladie nouvelle que nous allons décrire sous le nom de coxalgie trochantérienne, c'est seulement une variété dont nous voudrions préciser les caractères. C'est un premier « coup de hache », suivant l'expression de M. Gangolphe, qu'il convient de porter dans cet ensemble confus d'affections réunies sous la seule étiquette de coxalgie.

En résumé, nous décrirons sous le nom de coxalgie trochantérienne les ostéites du grand trochanter, généralement tuberculeuses, épiphysaires ou juxta-épiphysaires, n'ayant pas encore envahi l'articulation de la hanche, mais donnant cependant en clinique un certain nombre de symptômes qui rappellent l'ostéo-arthrite tuberculeuse.

Nous bornerons notre étude aux ostéites localisées de la région trochantérienne extra-articulaires qui, bien que pouvant à une certaine période se propager à l'articulation, conservent toujours au début leurs allures cliniques spéciales.

CHAPITRE PREMIER

Observations

OBSERVATION I

Publiée par M. Gangolphe, in *Lyon Médical*, juin 1896.

OSTÉITE CERVICO-TROCHANTÉRIENNE. — SYMPTÔMES DE COXALGIE. — GUÉRISON

X..., 15 ans. Pas d'antécédents personnels ou héréditaires ; est admise salle Saint-Pierre, le 16 février 1894, pour des symptômes de coxalgie gauche.

Au mois d'avril, remplaçant M. le professeur Ollier, je constatai la présence d'un abcès à la partie antéro-externe de la jambe gauche. Claudication ; attitude en flexion assez prononcée. Mouvements passifs ou actifs notablement limités.

Comme il existait un point douloureux, nettement localisé, à la partie antérieure et supérieure de grand trochanter, je diagnostiquai une ostéite de la base du col ou de la région trochantérienne antérieure juxta-articulaire et, dans le but de réserver l'articulation, je résolus d'intervenir.

Opération. — Le 7 avril, incision précervicale ; ablation de la paroi tuberculeuse et de deux *séquestres gros comme des pois* ; ces séquestres, situés à la base et en avant du col, étaient contenus dans une cavité à parois saines et éburnées ; cautérisation et

nettoyage aussi complet que possible ; contre-ouverture à la partie déclive.

Le 12 août, la malade quitte le service en mon absence, sans tuteur et recommence à marcher. Elle revient un an plus tard, le 25 avril 1895. La fistulisation, la flexion de la cuisse, la claudication persistent.

Je pratique une large incision arrivant sur la région malade et créant une large voie d'accès. Je ne trouvai pas de fongosités. Je ne fis pas de réunion et pansai de façon à obtenir la cicatrisation des parties profondes aux parties superficielles. La malade était immobilisée dans une gouttière avec une traction de 3 kil.

Au mois de septembre, elle quitte le service et revient ensuite se faire panser sans tuteur.

Rétablissement complet des mouvements de la hanche, bien que, dans la dernière intervention, le fer rouge ait été certainement porté jusque dans la synoviale.

OBSERVATION II

Renseignements dus à l'obligeance de M. le docteur Thiodet, de Roanne.
Opération par M. Gangolphe.

(Inédite.)

OSTÉITE DU TROCHANTER A SYMPTÔMES DE COXALGIE.

GUÉRISON

D..., boucher, à Roanne, 34 ans. Pas d'antécédents héréditaires. Quelques douleurs apparaissent à la partie supéro-externe de la cuisse droite, en 1889. — En 1891, le malade reçoit un coup de pied de cheval sur cette hanche. Il éprouve, depuis cette époque, des douleurs revenant par intermittences ; il ne boîte pas. — En 1894, pendant son service militaire, *il est traité pour une sciatique*. La douleur, qui s'étendait à la hanche, la cuisse et la jambe, était peu accentuée pendant le repos. La percussion sur le talon, l'abduction de la cuisse, n'étaient pas douloureuses ; la flexion et l'extension l'étaient légèrement. La pointe du pied, dans le decubitus dorsal, était un peu déviée en dedans.

En janvier 1896, M. Thiodet constate de l'empâtement, un

trajet fistuleux, diagnostique une ostéite et engage le malade à se faire opérer. Celui-ci n'y consent qu'en janvier 1897 ; il entre à l'Hôtel-Dieu de Lyon, le 23 janvier, dans le service de M. Gangolphe. Incision, curettage, cautérisation.

Le malade sort le 11 mars 1896, avec des trajets fistuleux qui se ferment au mois d'août. Les mouvements sont normaux et non douloureux.

OBSERVATION III

Service de M. le professeur Ollier, suppléance de M. Gangolphe

(Inédite.)

OSTÉITE DU GRAND TROCHANTER. — SYMPTÔMES DE COXALGIE.
GUÉRISON.

M.... Louis, boulanger, à Montélimar. Bons antécédents ; 42 ans.

En juin 1887, apparition, sans douleur, d'une collection purulente de la grosseur d'un œuf, dans la région du grand trochanter. Une fistule s'établit et dure plus de six mois. — En mars 1890, des douleurs apparaissent, très vives à certains moments ; *deux médecins font le diagnostic de sciatique*. Les douleurs, irradiées jusqu'à la pointe des pieds, étaient parfois intolérables. Quelque temps après, la fistule s'ouvre de nouveau, puis se referme. En janvier 1895, l'écoulement de pus devient très abondant.

Entrée le 13 mars 1895 dans le service de M. le professeur Ollier. Les mouvements actifs et passifs sont très douloureux.

Opération le 23, par M. Gangolphe. Incision de 35 cent. Extraction d'un *séquestre de la grosseur d'un œuf de poule*. Evidement de l'os à la gouge.

Sortie le 27 avril. Le malade marche pendant 4 mois à l'aide d'un tuteur.

Depuis cette époque, il a recouvré l'usage parfait de son membre et n'a ressenti aucune douleur.

OBSERVATION IV

Recueillie dans le service de M. Gangolphe,
(Inédite).

OSTÉITE DU GRAND TROCHANTER. — PROPAGATION A L'ARTICULATION

C. . . , Gustave, aux Vans (Ardèche), 24 ans. Pas d'antécédents héréditaires. Pleurésie à 11 ans; fistule purulente à la malléole externe droite à l'âge de 15 ans et ayant duré 3 ans.

En 1893, apparaît une légère douleur dans le genou droit qui est un peu tuméfié, mais conserve sa coloration normale. La douleur n'existe que pendant les mouvements. Le grand adducteur est tendu, et ses insertions sont douloureuses. En 1895, le malade ne marchait plus qu'à l'aide d'une canne.

Après s'être assis un soir sur une pierre froide, il ressent une douleur beaucoup plus vive. Une semaine plus tard, un médecin constate une collection purulente à la partie antérieure de la cuisse près du pli de l'aîne. Il applique un vésicatoire sur le grand trochanter; à ce niveau se forme une fistule, puis bientôt deux autres un peu au-dessous par où des *séquestres* sont expulsés spontanément. Le malade n'a jamais gardé le lit.

A son entrée à l'hôpital, en 1896, on constate la fistule déjà notée. La cuisse est fléchie sur le bassin et la jambe sur la cuisse. L'abduction est douloureuse; les autres mouvements sont normaux et non douloureux. La percussion sur le talon n'est pas douloureuse. La gonalgie persiste.

Sous l'influence de la traction exercée pendant 4 mois, le membre se met en rectitude, la gonalgie disparaît.

Les fistules persistent pendant des mois malgré les larges incisions, les grattages, les cautérisations souvent répétés.

A la sortie du malade, au début de 1898, les fistules ne sont pas complètement guéries. L'affection est nettement propagée à l'articulation. La cuisse et le bassin sont solidaires dans tous leurs mouvements.

OBSERVATION V

Recueillie dans le service de M. Gangolphe

(Inédite.)

OSTÉITE DU GRAND TROCHANTER GAUCHE. — SYMPTÔMES DE COXALGIE. — COXALGIE FRANCHE DE LA HANCHE DROITE. — MORT PAR GÉNÉRALISATION.

J... Louis, 18 ans, Soucieux-en-Jarrest (Rhône). Bons antécédents.

Au mois d'août 1895, une douleur apparaît dans la cuisse gauche: Elle s'étend au genou, dure trois jours environ. Le malade peut continuer à tisser sans grande douleur. Le même fait se reproduit environ tous les quinze jours jusqu'au mois de janvier 1896.

Un médecin est consulté à cette époque: la jambe est en *adduction et rotation en dedans*; les mouvements de la hanche sont douloureux; il existe une « grosseur » au niveau du grand trochanter. Repos au lit pendant deux mois.

En mars 1896, il entre à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Gangolphe; ponction de l'abcès. Silicate.

Le malade revient deux mois après. Ouverture d'un nouvel abcès. Immobilisation dans un second silicate.

Troisième entrée à l'hôpital, six mois après (avril 1897). L'ostéite est guérie. Les mouvements sont normaux. La percussion sur le talon ou le trochanter ne sont pas douloureuses. Mais, depuis deux mois, sont apparues des douleurs quotidiennes dans la hanche droite, sans irradiation dans le genou. Mouvements limités et douloureux dans l'articulation coxo-fémorale; on immobilise dans un silicate pendant six mois jusqu'en octobre 1897. Le silicate est alors remplacé par une traction de 3 k. On constate un empâtement diffus dans toute la région de la hanche, mais pas de collection purulente ni de point douloureux localisé dans la région du trochanter.

L'état général est mauvais. Mort par généralisation pulmonaire le 12 février 1898.

Autopsie. — 1^o Membre inférieur gauche. Incision sur la cicatrice du trajet fistuleux. Un tractus fibreux conduit à un petit

orifice de l'aponévrose et à la face antéro-externe du grand trochanter. Les tissus ambiants sont absolument sains; la synoviale est intacte. Une coupe du grand trochanter montre que la lésion se bornait à un petit foyer d'ostéo-périostite ayant donné naissance à un abcès en bouton de chemise. Une partie de la substance spongieuse du col du fémur est ramollie et grasseuse. La paroi antérieure du col est, en certains endroits, très amincie et papyracée.

2^e Membre inférieur droit. Les tissus péri-articulaires sont tuméfiés, mais il n'existe pas de collection purulente. La synoviale mesure un centimètre d'épaisseur; elle est blanchâtre, d'aspect gélatineux. Fongosités abondantes dans la cavité articulaire. Dans une tentative de luxation, la tête se sépare du col et reste adhérente à la cavité cotyloïde. Une coupe du fémur montre qu'il n'existe pas de foyer purulent limité, ni de séquestre mais une infiltration purulente de la tête et du col et un ramollissement du tissu spongieux et du tissu compact s'étendant jusqu'à la partie inférieure de l'os. La tête est en partie dépourvue de son cartilage.

L'autopsie a vérifié de tout point le diagnostic que les symptômes cliniques avaient permis de porter.

OBSERVATION VI

Recueillie dans le service de M. Gangolphe.

(Inédite).

OSTÉITE DU GRAND TROCHANTER. — COXALGIE CONSÉCUTIVE

B..., Emile, 45 ans, courtier, Talloires (Hte-Savoie). Bons antécédents.

En 1891, grippe à forme pulmonaire; à partir de cette époque, le malade éprouve le matin, en se levant, des douleurs lancinantes dans le membre inférieur gauche; le soir, œdème remontant jusqu'au genou. Un médecin prescrit un bas à varices qui est porté pendant deux ans.

On croit à une sciaticque et, en juillet 1894, le malade est envoyé à Aix. Grande amélioration; il peut reprendre son service. En décembre, il est soigné par les bains électriques; aggravation; le médecin déclare que ce n'est pas une sciaticque.

Le malade est alors traité dans le service de M. Pollosson par le repos et les pointes de feu profondes. Mouvements de la hanche et du genou très limités. Flexion légère de la cuisse et de la jambe.

En février 1895, grande amélioration. La raideur reparait bientôt, après une marche dans la neige.

En janvier 1896, une collection liquide se forme au niveau du grand trochanter. Au mois de juillet, un médecin incise, trouve des prolongements assez étendus, un point osseux dénudé ; il déclare que l'articulation est indemne. Le malade, à dater de cette époque, marche avec des béquilles.

Juin 1897, le pus reparait pendant quelque temps, à la suite de refroidissement et de fatigue.

23 novembre 1897. — Le malade entre dans le service de M. Gangolphe. Dans la région du grand trochanter, cicatrice bleu-violacé du premier abcès ; ouverture fistuleuse du second, laissant écouler un pus jaunâtre sanguinolent. Flexion de la cuisse sur le bassin et de la jambe sur la cuisse. Abduction et rotation en dehors. Genou tuméfié, immobilisé par la douleur. La percussion sur le talon et sur le trochanter est douloureuse au niveau de l'articulation. Un peu d'ensellure. Le bassin suit les mouvements de la cuisse. La flexion de la cuisse est très douloureuse ; la flexion et l'abduction sont impossibles.

Traction.

Le malade sort le 12 décembre avec un abcès en voie de formation. La marche est impossible.

OBSERVATION VII

(Inédite.)

Recueillie dans le service de M. Gangolphe.

OSTÉITE DU GRAND TROCHANTER. — SYMPTÔMES DE COXALGIE

F..., Pierre, 42 ans, cocher, né à Satillieu (Ardèche). Bons antécédents.

A l'âge de 23 ans, en 1879, étant au service militaire, le malade éprouve une douleur provoquée par les mouvements, au niveau de la hanche droite. *On diagnostique une sciatique* ; application de vésicatoires. La douleur, à ce moment, s'étendait à tout le

membre inférieur. Le malade ne guérit pas, mais peut cependant continuer son service et monter à cheval pendant deux ans environ. Après son service militaire, il fait, sans trop de fatigue, son service de cocher. Cependant, les douleurs augmentent peu à peu.

En septembre 1883, entrée dans le service de M. le professeur Ollier. Douleur vive dans le grand trochanter. La flexion de la cuisse est peu douloureuse, mais l'abduction est impossible. Gonalgie intense; mouvements du genou très douloureux. La percussion sur le talon ne réveille pas de douleur dans l'articulation de la hanche. Pas d'attitude caractéristique. On procède à un grattage pour ostéite du trochanter.

Le malade sort avant guérison. La douleur et la fistule persistent. Trois autres séjours à l'hôpital, à des intervalles éloignés, n'amènent pas de meilleur résultat.

Le 11 juillet 1898, le malade entre dans le service de M. Gangolphe. La fistule et la douleur locale persistent. Les mouvements d'abduction sont très douloureux; les autres, sensiblement normaux. L'articulation coxo-fémorale est indemne.

Opération. — Toute la portion accessible du grand trochanter est évidée à la gouge sur une épaisseur de 2 ou 3 millimètres sans qu'il soit possible de découvrir un foyer osseux. Quelques fongosités en avant du trochanter. Curettage; thermocautère; chlorure de zinc.

OBSERVATION VIII

Due à l'obligeance de M. Gangolphe.

(Inédite.)

OSTÉITE DU GRAND TROCHANTER. — INFILTRATION MUSCULAIRE TUBERCULEUSE

X..., jeune homme de 18 ans.

Fistule de la région du grand trochanter droit. Flexion légère. Un peu de claudication. Phénomènes douloureux empêchant le travail. Début lent et progressif. Ouverture d'un abcès il y a deux ans par M. Maurice Pollosson.

Opération (août 1898) par M. Gangolphe. — Longue incision

sur la face externe du grand trochanter; on trouvé une poche sous-cutanée; puis une autre au-dessous du fascia lata; une autre enfin à la face antéro-interne du grand trochanter où l'on finit par découvrir et enlever un séquestre tuberculeux de la grosseur d'un haricot.

Ablation de tissu fongueux; on est entraîné à extirper une étendue considérable de muscle (vaste externe) sur une longueur de quinze centimètres environ; cette portion de muscle était infiltrée de tubercules non ramollis (constatés à l'examen microscopique). Le muscle a perdu sa coloration, sa souplesse et sa contractilité à ce niveau. Il est lardacé, gris blanchâtre et, tandis que les parties saines sont rouges et se contractent sous le bistouri qui les sectionne, ces portions malades ne réagissent pas; grâce à la différence de teinte et de consistance, on peut assez bien reconnaître les limites des lésions. On les dépasse largement, faisant une large brèche au muscle.

Suture des muscles sectionnés au catgut. Suture superficielle incomplète. Tamponnement et large drainage en deux points différents. Attelle antérieure.

Les jours suivants, suintement séro-sanguin très abondant. Pas de température.

Le malade est revu deux mois plus tard, marchant bien, ses plaies cicatrisées.

OBSERVATION IX

Due à l'obligeance de M. Gangolphe.

(Inédite.)

OSTÉITE DU GRAND TROCHANTER. — SYMPTÔMES DE COXALGIE.

X..., 30 ans; sexe féminin. Pas d'antécédents héréditaires. Bronchite probablement tuberculeuse l'année précédente.

Début par des phénomènes de sciatique pour lesquels elle est longtemps soignée. M. Devic, appelé en consultation, pense à la possibilité d'une lésion coxalgique. M. Gangolphe diagnostique une coxalgie d'origine trochantérienne.

Douleur au grand trochanter à la pression. Douleur très vive par les mouvements provoqués et spontanés. Extension probable à l'articulation.

Immobilisation par une demi-gouttière plâtrée antérieure; séjour au lit pendant un an. Tuteur.

Depuis six mois la malade se lève et marche avec son tuteur. Les mouvements de l'articulation ont reparu en partie. Il ne s'est pas formé d'abcès.

OBSERVATION X

Service de M. le professeur Ollier.

(Inédite. Résumée.)

OSTÉOMYÉLITE CENTRALE DU GRAND TROCHANTER. — NÉCROSE. SÉQUESTROTOMIE.

Paul C..., 14 ans. Bons antécédents.

Il y a cinq mois, douleurs au niveau du grand trochanter gauche irradiées jusqu'au genou. Deux mois plus tard, une collection purulente apparaît à la partie supéro-externe de la cuisse, en avant du grand trochanter. L'immobilisation dans une gouttière Bonnet ne donne pas d'amélioration.

Aujourd'hui (mars 1881) les douleurs n'existent plus qu'au niveau du grand trochanter et disparaissent au repos. Le mouvement de flexion de la cuisse est limité. La percussion sur le genou n'est pas douloureuse ainsi que l'écartement forcé des deux épines iliaques. Les mouvements de l'articulation sont libres. La collection purulente remonte en arrière sous les fessiers presque jusqu'à la crête iliaque et descend à peu près à la partie moyenne de la cuisse.

Opération. — Ouverture de l'abcès; contre-ouverture; issue d'une quantité considérable de pus bien lié au début, puis contenant des grumeaux et des concrétions fibrineuses. Evidement de la paroi à la curette.

Le stylet ne découvre ni foyer osseux, ni trace de dénudation; il faut introduire le doigt jusqu'à sa racine pour découvrir le point osseux en arrière, à la base du col, près du grand trochanter. On isole, par des incisions convenables, le grand trochanter dont on fait sauter la partie supérieure avec ses attaches musculaires.

L'os en partie cartilagineux se coupe avec la plus grande facilité; il est ramolli, les trabécules agrandis sont remplis

d'une moelle fongueuse rougeâtre. Le lambeau osseux relevé, on voit sur la coupe fémorale, au milieu de ce tissu franchement injecté, se détacher une partie osseuse jaunâtre quoique présentant aussi des traces de vascularisation et limitée par une ligne d'un rouge plus foncé. Ce n'est autre chose qu'un séquestre de nécrose encore vasculaire, en train de s'isoler. On l'enlève avec la plus grande facilité; puis, avec la curette, on gratte la tubérosité osseuse et l'on creuse suffisamment pour arriver presque dans l'intérieur du col. Une fois le lambeau osseux rabattu, il existe dans le trochanter et le col une cavité de la dimension d'une petite noix.

Drainage. Suture. Attelle plâtrée.

L'articulation coxo-fémorale a été forcément ouverte en arrière et en bas. On a pu constater qu'elle ne renfermait pas de pus et que ses mouvements étaient parfaitement libres pendant le sommeil.

OBSERVATION XI

Service de M. le professeur Ollier.

(Inédite).

OSTÉITE DU GRAND TROCHANTER. PHÉNOMÈNES DE COXALGIE.

Jean P..., 60 ans, cultivateur.

Le malade est alité depuis plus de deux ans. La cuisse droite, notablement tuméfiée, présente à la partie externe et un peu au-dessous du grand trochanter, trois orifices fistuleux qui laissent écouler un pus bien lié, grisâtre. Le pourtour des orifices est déprimé; la peau est adhérente aux parties profondes. Le membre est maintenu dans la *demi-flexion et dans l'adduction*. Les mouvements de la cuisse sur le bassin sont très limités et très douloureux, néanmoins, il ne paraît pas y avoir de lésions du côté de l'articulation.

Historique. — Le malade a souffert pour la première fois de sa cuisse à l'âge de 12 ans. Il couchait alors dans une cave humide. Il ressentit des douleurs assez vives et gênant la marche. Aucun traitement. Les douleurs diminuèrent et le malade reprit son travail, tout en conservant une gêne mar-

quée dans la marche. Vers l'âge de 35 ans, il y eut une rechute : il se forma alors une collection purulente qui s'ouvrit à la face externe de la cuisse, au point où se trouve actuellement l'orifice fistuleux postérieur. Un mois après, le malade entra à l'hôpital. On cautérisa la plaie qui se cicatrisa rapidement. Le malade quitta l'hôpital au bout de 15 jours. Il reprit son travail sans éprouver de gêne considérable dans les mouvements de la cuisse et de la jambe. Cependant il prétend avoir continué à ressentir des frissons violents de temps à autre. Il y a trois ans, le malade est tombé sur la hanche, et est resté environ trois semaines sans pouvoir marcher. Après ce laps de temps, il put reprendre son travail, bien que souffrant toujours un peu. Les douleurs reparurent, très violentes, vers le mois de décembre 1882. La cuisse se gonfla. Vers le mois de mai 1884, ouverture spontanée d'une collection considérable de pus très fétide ; production de deux nouvelles fistules en avant ; réouverture de la fistule postérieure. Depuis cette époque, la suppuration n'a jamais tari ; les douleurs ont persisté.

Opération. — Une incision, pratiquée à la partie postérieure de la cuisse, permet d'arriver sur l'os malade d'où l'on extrait *plusieurs petits séquestres anciens*.

OBSERVATION XII

Service de M. le professeur Ollier.

(Inédite. 1881.)

ABCÈS OSSIFLUENT DE LA RÉGION TROCHANTÉRIENNE. — AUTOPSIE.

Claude B..., 46 ans, journalier. Bons antécédents.

Début, il y a 4 ans, par des douleurs dans le membre inférieur droit. Réapparition des douleurs l'année dernière. Troisième attaque cette année-ci. Les douleurs étaient très fortes, continues, exaspérées pendant la nuit. *Traitement à l'Hôtel-Dieu pour une sciatique.*

Douleur à la partie postéro-externe du membre. Au niveau du grand trochanter, douleur vive à la pression : abcès fluctuant bridé par le moyen fessier.

Opération. — Ouverture de deux collections isolées, l'une en arrière, l'autre en avant du grand trochanter. On ne trouve pas de point osseux dénudé. Drainage.

Autopsie. — Dénudation de la partie supérieure du col fémoral qui est le siège d'une ostéite superficielle.

OBSERVATION XIII

Service de M. le professeur Ollier.

(Inédite Résumée.)

OSTÉITE DOUBLE DU GRAND TROCHANTER. — COXALGIE CONSÉCUTIVE A DROITE. — PHÉNOMÈNES DE COXALGIE A GAUCHE.

Jean C..., 12 ans, scrofuleux.

Abcès dans la région du trochanter depuis deux ans, à droite d'abord, puis des deux côtés. Pus abondant, rougeâtre, épais, grumeleux. Sortie spontanée de *séquestres multiples*.

A gauche. — Point douloureux sous-trochantérien. Mouvements limités dans tous les sens, mais non douloureux au niveau de l'articulation. *Attitude en flexion et adduction*. En exagérant les mouvements, on entraîne le bassin.

A droite. — Position habituelle, adduction, rotation en dedans. Les mouvements provoqués donnent naissance à une crépitation prononcée dans l'articulation, que l'on sent à la main et que l'on entend même à distance.

OBSERVATION XIV

MARJOLIN — *Bulletin de la Société de Chirurgie*, février 1865.

Résumée par M. Nicaise, thèse d'agrégation, 1869.

OSTÉITE SUPPURÉE DU GRAND TROCHANTER

Victorine F..., âgée de 13 ans, d'une forte constitution, chiffonnière, entre le 5 décembre 1864 dans le service de M. Marjolin. Depuis plusieurs jours, elle éprouve des douleurs à la hanche et à la cuisse du côté gauche.

Pas de chute, mais la malade portait habituellement de ce

côté un panier assez lourd qui la fatiguait beaucoup. Claudication. Jambe en demi-flexion; déformation très peu prononcée de l'aine et du pli de la fesse; douleur à la pression sur le grand trochanter; abcès à la partie supérieure de la cuisse; on pense qu'il s'agit d'une coxalgie.

La malade meurt, le 16 janvier, de fièvre typhoïde.

Autopsie. — On trouve une ostéite suppurée du grand trochanter. Le reste du fémur est intact; l'articulation coxo-fémorale est parfaitement saine. Il semble que l'inflammation du tissu osseux soit tout à fait limitée au grand trochanter qui est le point de départ de l'abcès.

OBSERVATION XV

NICAISE. Thèse d'agrégation, 1869.

CONTUSION DU GRAND TROCHANTER. — EPANCHEMENT SANGUIN.
ABCÈS. — MORT.

Jeune femme de 23 ans, bonne santé.

En juin 1864, chute sur la hanche, douleur passagère.

Le 8 décembre, à la suite d'une course fatigante, douleur vive dans la hanche. Le repos est prescrit. *On croit à une sciatique.*

Le 5 janvier, on constate un abcès. Pas de douleur à l'articulation fémorale. Douleur vive à la pression sur le trochanter. Le membre a sa longueur et sa direction naturelles. Mouvements pénibles.

En février, le membre se place en *adduction*. Les tentatives d'abduction sont très douloureuses. Ponction. Mort dix jours après à la suite d'un érysipèle.

Autopsie. — Le foyer purulent est incisé; il ne présente rien de particulier mais communique par une ouverture arrondie pouvant recevoir l'extrémité du doigt avec un autre foyer bien différent. Ce grand foyer offre une couleur noire; il embrasse toute la circonférence du trochanter. Il y a altération du périoste. L'articulation coxo-fémorale est saine. Ainsi donc, chute sur la hanche, contusion du périoste du trochanter,

épanchement sanguin; la collection purulente n'a été que consécutive au dépôt sanguin.

OBSERVATION XVI

(LE FORT. — Œuvres, t. III.)

TROCHANTÉRITE. — SYMPTÔMES DE COXALGIE. — PAS DE
SÉQUESTRE, NI DE FOYER DE SUPPURATION

X..., 32 ans. Mère morte d'une affection pulmonaire; six sœurs mortes en bas âge.

En février 1889, à la suite d'un refroidissement, la malade commença à souffrir du genou gauche; puis les douleurs s'irradièrent dans la cuisse et la fesse, s'atténuant un peu par le repos, mais s'exaspérant après la marche. Pourtant la malade continue à travailler pendant quinze mois.

A son entrée dans le service en juillet, le membre paraissait raccourci, la hanche était le siège de douleurs internes. On porte le diagnostic de coxalgie et l'extension continue fut installée. On la continua trois mois sans qu'aucune amélioration se fût produite.

Les mouvements sont modérément douloureux, très restreints; mais on peut attribuer cette limitation à l'immobilisation complète qu'elle a subie durant plusieurs mois.

Opération. — On découvre le trochanter et on détache le périoste. Puis, avec le ciseau et le maillet, on creuse deux lignes parallèles distantes l'une de l'autre de sept à huit millimètres, puis on enlève la bande d'os ainsi circonscrite jusqu'à ce qu'on soit arrivé au centre du grand trochanter.

Dès le lendemain de l'opération, toute douleur, même à la pression et par les mouvements, avait disparu. Il n'y a eu aucun mouvement fébrile.

Le centre du grand trochanter était fort injecté, ramolli, mais il n'y avait ni séquestre, ni foyer de suppuration.

OBSERVATION XVII

(LE FORT. — Œuvres, t. III.)

(Résumée.)

TROCHANTÉRITE. — COXALGIE CONSÉCUTIVE

X..., 39 ans, raffineur. Rien à noter dans les antécédents personnels ou héréditaires.

Début en 1889. Un an plus tard, le médecin consulté *pense à une sciatique*.

Quelques mois après, le malade est reçu à la Pitié dans un service de médecine ; pulvérisation sans résultat sur le trajet du sciatique.

On reconnaît bientôt l'envahissement de l'articulation, contrôlé ensuite par l'autopsie.

CHAPITRE II

Etiologie.

La coxalgie trochantérienne n'est pas une affection du jeune âge. Tandis que la coxalgie ordinaire diminue de fréquence entre 10 et 15 ans et devient exceptionnelle après l'âge de 15 ans (Lannelongue, Ollier, Gangolphe), nous avons surtout rencontré chez l'adulte l'affection qui nous occupe ; les premiers symptômes ne sont apparus dans certaines de nos observations qu'à l'âge de 40 ans.

Ce retard peut être attribué en partie à l'ossification plus tardive dans le grand trochanter que dans la tête fémorale. L'ouvrage de M. Gangolphe renferme la coupe d'un fémur de quatre ans où l'épiphyse trochantérienne ne renferme qu'un très petit noyau d'ossification, alors que la tête fémorale n'est presque plus cartilagineuse.

Nous ferons remarquer cependant que nos observations, d'un nombre relativement restreint et recueillies dans un hôpital où ne sont pas admis les jeunes enfants, ne nous autorisent pas à des con-

clusions très précises sur la date d'apparition de la coxalgie trochantérienne.

En second lieu, il ne faut pas oublier que le début ne correspond pas forcément aux premiers symptômes. « La tuberculose présente, en général, une évolution sourde et insidieuse... La douleur appartient à une période relativement avancée de l'affection ». M. Gangolphe (1) rapporte un cas de large foyer tuberculeux du col du fémur constaté à l'autopsie, chez un malade qui n'avait jamais attiré l'attention de ce côté. Les faits de ce genre ne sont pas rares et, si l'on tient compte des arrêts de développement que peut subir l'affection, on s'explique l'apparition, à des âges très avancés, des phénomènes d'ostéite; l'observation XI renferme l'histoire d'un malade âgé de 60 ans, porteur d'une ostéite du grand trochanter dont le début remontait à l'âge de 12 ans.

Le sexe semble avoir une grande influence puisque cinq fois seulement les malades étaient du sexe féminin; mais cette influence n'est certainement pas directe. Elle provient de ce que les hommes sont, de par leur profession, plus exposés que les femmes aux violences extérieures et demandent à leurs membres un travail plus considérable. Ce n'est que la confirmation d'une loi générale. « Il est tout naturel, dit M. Gangolphe, que le sexe masculin soit plus exposé à la tuberculose osseuse, tout au moins à partir de la puberté, l'influence du traumatisme se faisant sentir au moment où l'adolescent

(1) GANGOLPHE. — Traité des mal. inf. et paras. des os.

travaille et mène une vie active ; jusqu'alors, il ne semble pas qu'il y ait une différence appréciable dans les deux sexes » (1). Cette loi trouve dans nos observations une nouvelle confirmation : les cas d'ostéite survenue chez des jeunes filles ont réclamé de bonne heure une intervention, et le début de l'affection remontait certainement à plusieurs mois, peut-être à plusieurs années.

Nous avons noté les professions les plus diverses : boulanger, boucher, tisseur, courtier, cocher, cultivateur, journalier. On peut remarquer l'absence de profession sédentaire. L'affection semble se déclarer avec prédilection chez les individus que leur métier oblige à des efforts continuels de flexion et d'extension du bassin sur la cuisse ou réciproquement. Sous l'influence de ces efforts, le cartilage de conjugaison de l'épiphyse trochantérienne acquiert une activité plus grande et ainsi s'explique probablement l'apparition de cette affection à un âge relativement avancé. Nous verrons, en effet, que l'ostéite est plus souvent juxta-épiphysaire et l'on connaît bien, depuis les travaux de M. Ollier, le rôle du cartilage de conjugaison dans la production des ostéites ; ces dernières sont d'autant plus fréquentes que l'activité du cartilage est plus grande.

L'affection se développe plutôt chez des sujets strumeux. Cependant, nous avons noté souvent des antécédents soit héréditaires, soit personnels, qui n'étaient pas de nature à faire craindre des mani-

(1). GANGOLPHE. — *Loc. cit.*

festations de tuberculose. Certains de nos malades présentaient même une constitution robuste. Presque toujours les foyers d'ostéite se sont limités à la région du trochanter ; dans un cas seulement, nous avons noté des foyers multiples (Obs. IV) en dehors des trochanters. Dans une observation (Obs. XIII), les deux épiphyses ont été prises à six mois de distance.

Parmi les causes directes de la coxalgie trochanterienne, l'exagération du travail physiologique du cartilage de conjugaison doit être citée en première ligne. « La zone des proliférations physiologiques est aussi la zone d'élection des processus pathologiques » (1). « Même après la soudure des épiphyses, elle paraît encore conserver le fâcheux privilège d'être plus facilement vulnérable » (2). Or, nous savons que les apophyses se développent d'autant plus qu'elles servent de point d'attache à des muscles plus puissants et plus actifs ; cette raison suffit à expliquer le surcroît d'activité du cartilage dû à certaines professions. Peut-être aussi faut-il admettre dans certains cas, malgré le développement déjà très avancé du tissu osseux et sa solidité, des lésions analogues à l'entorse juxta-épiphysaire des jeunes sujets dont M. Ollier a montré l'importance considérable dans la coxalgie.

Le traumatisme direct est très rarement invoqué. Dans le cas de Marjolin (3) la cause semble avoir été

(1) OLLIER. — Traité des Rés., III.

(2) GANGOLPHE. — *Loc. cit.*

(3) Obs. XIV.

le frottement répété d'un panier assez lourd que portait la malade. Dans les autres observations nous avons rarement noté un choc direct pouvant être considéré comme le point de départ des douleurs. Le traumatisme semble seulement avoir hâté, dans certains cas, l'évolution de la maladie.

Le froid et l'humidité ont, au contraire, une grande importance étiologique. C'est à leur suite qu'apparaissent généralement les premières douleurs où que se réveillent des douleurs disparues. Il est rare que les malades ne fassent pas remonter le début de leur affection à un refroidissement, à une marche dans la neige, au séjour prolongé dans un lieu humide. Il est vrai de dire que ces influences sont surtout invoquées pour expliquer les premières douleurs, mais n'indiquent pas forcément le début de l'affection qui pouvait avoir jusqu'alors évolué sournoisement.

CHAPITRE III

Anatomie pathologique.

Les ostéites fémorales qui donnent naissance à des phénomènes de coxalgie sans envahir l'articulation ont deux sièges de prédilection : le grand trochanter d'une part, et, d'autre part, la région juxta-épiphysaire plus spécialement en contact avec le cartilage de conjugaison de cette épiphyse.

Quant à la nature de ces ostéites, il en existe deux variétés ; les unes sont tuberculeuses, les autres ostéomyélitiques.

On établit souvent un rapport étroit entre ces deux sièges et ces deux variétés, considérant l'ostéite juxta-épiphysaire comme une ostéomyélite infectieuse et surtout une ostéomyélite infectieuse aiguë et réservant la tuberculose pour le grand trochanter. Cette distinction est trop absolue : toutes les ostéites juxta-épiphysaires de nos observations étaient, au contraire, à marche lente et probablement tuberculeuses. M. Ollier s'élève d'ailleurs avec énergie contre cette erreur d'appréciation ; le mot juxta-épiphy-

saire indique le siège de la lésion sans rien préjuger de sa nature ; le bacille de Koch peut fort bien exercer ses ravages dans la région juxta-épiphysaire. Cependant, il est juste de reconnaître que cette région est le siège favori de l'ostéomyélite dite infectieuse, tandis que la tuberculose se développe de préférence dans l'épiphyse.

Nous n'avons pas l'intention de décrire les lésions de l'ostéomyélite et de la tuberculose osseuse, les altérations du périoste, des cartilages, les trajets fistuleux, les séquestres, etc. Ces lésions ne diffèrent pas, dans l'affection qui nous occupe, de ce qu'elles sont en tout autre point du système osseux. Mais nous avons rencontré, soit dans les autopsies, soit dans les interventions larges, certaines particularités que nous nous proposons de mettre en lumière parce qu'elles nous fourniront des renseignements utiles pour le diagnostic et pour le traitement.

1^o Les observations I, X, XII mentionnent que la lésion osseuse siégeait non sur le trochanter lui-même, mais à la base du col, soit en avant soit en arrière. Ils s'agissait probablement dans ces cas d'une localisation juxta-épiphysaire, car le grand trochanter avait paru sain. Du reste, les ostéites de l'épiphyse ont peu de tendance à envahir le tissu spongieux du col ; en effet, « les cartilages de conjugaison jouent très souvent le rôle d'une barrière et s'opposent à la propagation de l'inflammation » (Ollier). Quoi qu'il en soit du point de départ, il existait, dans ces observations, des foyers avec séquestre à la base du col et cependant l'articula-

tion est restée saine. Ce fait peut paraître surprenant si l'on songe qu'une bonne partie du col est intra-synoviale. Il faut admettre, pour l'expliquer, une réaction vive du tissu osseux à la limite du foyer; c'est ce que nous trouvons noté dans l'observation I où le séquestre était contenu dans une cavité à parois saines et éburnées. Mais on s'explique très bien que ce processus de guérison puisse être insuffisant et n'empêche pas toujours la propagation à l'articulation: c'était le cas pour les malades des observations IV, VI et XVII.

2^o Dans une opération (Obs. VII), l'ablation à la gouge d'une certaine épaisseur de tissu osseux sur toute la surface accessible du grand trochanter n'a pas permis de découvrir un foyer osseux. D'autre part l'examen des pièces provenant d'une autopsie (Obs. V) a démontré l'absence complète de foyer ancien (la mort était survenue un an après la guérison de l'ostéite); il existait seulement un peu de ramollissement du tissu compact et du tissu spongieux à la partie antérieure du col. Il n'est pas rare, en effet, de constater un abcès sous-périostique alors que le tissu osseux lui-même ne contient pas de pus. M. Gangolphe raconte qu'il a incisé, chez un enfant de dix ans, un volumineux abcès sous-périostique occupant les trois-quarts supérieurs de la cuisse; le col fut trépané en deux points sans qu'il y eût issue de pus. La guérison fut rapide et sans nécrose. Il peut donc y avoir ostéomyélite, sans foyer purulent dans l'os lui-même.

3^o L'abcès présente souvent la disposition en

bouton de chemise. C'est ce que nous voyons clairement indiqué dans les autopsies des observations V et XV. Dans la première un pertuis de très petites dimensions établissait seul la communication entre la poche superficielle et la poche profonde. Dans la seconde, l'orifice pouvait admettre l'extrémité du doigt. Il est permis de supposer que cette disposition est fréquente, étant donnée la solidité de l'aponévrose fémorale.

4° Les observations X, XII, XIV démontrent que souvent l'autopsie ou l'intervention large révèlent une lésion osseuse qu'il avait été impossible de reconnaître à l'examen clinique et en particulier par l'exploration au stylet. Nous trouvons le même fait signalé dans une observation de Lefort (1) : une malade du service de Denonvilliers présentait tous les symptômes de la coxalgie, mais on ne pouvait arriver sur l'os. Peu à peu l'état général s'altéra et la malade mourut. A l'autopsie, on ne trouva qu'une lésion du grand trochanter.

Les diverses remarques qui précèdent sont importantes, car elles permettent d'éviter des erreurs de diagnostic, en montrant qu'il peut exister des points osseux inaccessibles aux moyens d'investigation cliniques. Elles montrent aussi l'importance des interventions larges, puisque le séquestre est souvent situé à la base du col et difficilement accessible. Elles sont, en même temps, un précieux enseigne-

(1) LEFORT. — *Bul. Soc. Chir. Paris*, janvier 1865.

ment, au point de vue du diagnostic avec l'hygroma suppuré de la bourse du grand fessier.

On ne saurait nier l'existence de cette affection, décrite par Duplay sous le nom de périarthrite. Elle est établie par des faits irréfutables, et des travaux nombreux (Duplay (1), Renon (2), Mielly (3), Grenier (4) ne peuvent laisser aucun doute à ce sujet. L'hésitation ne semble pas possible en particulier, quand on a pu constater un écoulement séreux, limpide, peu de jours après l'apparition des premiers symptômes. Mais l'interprétation des faits se complique quand il y a coexistence de lésion du grand trochanter et de collection purulente dans la bourse séreuse. Pétrequin (5), Duplay (6) admettent que la lésion osseuse est généralement secondaire. Chassaignac (7), Ollier (8) admettent, au contraire, que l'origine osseuse est plus fréquente.

La question est difficile à trancher dans bien des cas, alors même que l'on peut directement étudier les pièces dans une autopsie. Il peut être impossible à l'examen d'une ostéo-arthrite, de dire s'il s'agit d'une tumeur blanche d'origine osseuse ou d'origine synoviale (Ollier). On ne saurait être plus affirmatif,

(1) DUPLAY. — *Progrès Médical*, 1874.

(2) RENON. — Th. Paris, 1874.

(3) MIELLY. — Th. Paris, 1879.

(4) GRENIER. — Th. Paris, 1884.

(5) PÉTREQUIN. — *Journal connais. médic.*, 1842.

(6) DUPLAY. — *Loc. cit.*

(7) CHASSAIGNAC. — *Arch. gén. de médecine*, 1853.

(8) OLLIER. — *Loc. cit.*

dans bien des cas, sur la question d'origine, en présence d'altérations simultanées du trochantier ou de la bourse du grand fessier

Cette incertitude, on le conçoit, est encore bien plus fréquente quand on doit se contenter des renseignements de la clinique.

Il faut donc renoncer à une solution définitive de la question puisqu'il n'existe pas de raisons irréfutables en faveur de l'une ou l'autre théorie. Mais on a le droit de rechercher l'hypothèse la plus vraisemblable. A ce titre les particularités que nous avons notées dans l'anatomie pathologique de certaines observations sont de nature à nous faire considérer comme plus fréquente l'origine osseuse.

Duplay et ses élèves reconnaissent que la suppuration est la règle dans la périarthrite de la hanche, tandis qu'elle est exceptionnelle dans la périarthrite de l'épaule. Il est surprenant que deux bourses séreuses atteintes de la même affection se comportent, suivant leur siège, de façon si différente. Mielly, dans sa thèse publiée sous les auspices de Duplay, éprouve le besoin d'en chercher la raison et voici ce qu'il dit : « Nous ne voyons guère qu'une cause à invoquer. C'est qu'étant donnés deux blessés atteints de contusion l'un de l'épaule, l'autre de la hanche, s'ils ne souffrent pas assez pour garder le repos, le premier, instinctivement, immobilisera plus facilement son articulation scapulo-humérale que le second son articulation coxo-fémorale et la bourse séreuse trochantérienne enflammée se trouvera, par le fait des

mouvements du fémur, irritée de plus en plus jusqu'à la production de la suppuration. »

Cette explication est peu satisfaisante et peu de nature à entraîner la conviction. Nous admettons bien plus volontiers que si la périarthrite de la hanche semble très souvent suppurée c'est que, très souvent, on a pris pour une périarthrite une collection suppurée de la bourse du grand fessier dont l'origine avait été une ostéite du trochanter.

Et de fait, d'après ce que nous avons vu, rien n'est plus facile en clinique que de méconnaître un foyer osseux et de considérer comme une affection primitive de la bourse séreuse un abcès qui a pris naissance en arrière sur la base du col ou la partie postérieure du grand trochanter. L'observation de Marjolin (1) est, à ce point de vue, des plus démonstratives ; il s'agissait d'une jeune fille de forte constitution ; l'affection remontait à peu de jours (en apparence) et résultait des frottements répétés d'un panier assez lourd que portait la malade ; l'os n'avait pas semblé malade ; c'était le tableau d'une périarthrite bien plutôt que d'une ostéite : cependant l'autopsie démontra qu'il s'agissait d'une ostéite du trochanter.

En somme, dans l'état actuel de la science, il est difficile, en présence des altérations simultanées du grand trochanter et de la bourse du grand fessier, de déterminer d'une façon précise le point de départ

(1) Obs. XIV.

de l'affection. Toutefois l'origine osseuse semble beaucoup plus fréquente.

Avant de terminer le chapitre d'anatomie pathologique, nous rappelons qu'il peut y avoir des infiltrations tuberculeuses étendues dans les parties molles de la région. L'observation VIII mentionne une infiltration du vaste externe sur une longueur de quinze centimètres environ dont la nature a été contrôlée par l'examen microscopique. La description en a été rapportée dans l'observation.

CHAPITRE IV

Symptômes.

I. — DOULEUR. — PHÉNOMÈNES DE SCIATIQUE.

La douleur est généralement le premier symptôme de la coxalgie trochantérienne. Elle apparaît peu accusée tout d'abord et sans limites bien nettes dans la région du grand trochanter. Elle ne survient qu'à l'occasion des mouvements. La fatigue, le froid la font naître; elle disparaît rapidement pour reparaitre ensuite de plus en plus accusée. Le malade ne souffre pas au repos; il ne connaît pas les douleurs nocturnes et les insomnies du coxalgique et ne juge pas son état assez grave pour demander l'avis de son médecin.

Plus tard, généralement après une période de quelques semaines ou de quelques mois, la douleur cesse de se cantonner dans le point où elle a pris naissance. Elle s'irradie dans la cuisse ou le membre inférieur tout entier. Le médecin, consulté généralement à cette période, explore la hanche, l'articulation

coxo-fémorale sans découvrir de phénomènes inflammatoires et fait le diagnostic de sciatique.

Faut-il conclure de la faible distance qui sépare le grand trochanter des nerfs sciatiques à la production d'une sciatique vraie, classique, se traduisant en clinique par des douleurs nettes à la pression au niveau des points indiqués par Valleix ? Il ne le semble pas. D'abord la description de Valleix n'est-elle pas un peu théorique et observa-t-on jamais une sciatique qui lui réponde exactement ? En tout cas, on s'expliquerait mal que l'ostéite du grand trochanter ait une influence élective sur le sciatique pour épargner les autres nerfs sensitifs de la région. Il ne nous a pas été donné d'étudier ce symptôme chez nos malades, car il a depuis longtemps disparu au moment où l'entrée à l'hôpital et l'intervention chirurgicale deviennent nécessaires. Mais il y a tout lieu de croire que les phénomènes douloureux s'observent au niveau de tous les nerfs sensitifs de la région indistinctement, aussi bien superficiels que profonds.

Quoi qu'il en soit, les phénomènes de sciatique sont d'une grande importance dans l'étude de la coxalgie trochantérienne, puisque, dans la période du début, ils impriment souvent à l'affection une allure tout à fait particulière, au point d'entraîner des erreurs de diagnostic. Sur neuf malades soignés par M. Gangolphe, cinq racontent que leur affection fut nettement prise au début pour une sciatique (1). L'un

(1) Obs. II, III, VI, VII, IX.

d'eux a même fait une saison à Aix pour cette raison. Un malade, dont l'observation (1) nous a été communiquée par M. Ollier, fut considéré, dans un service de l'Hôtel-Dieu, comme atteint de sciatique et soigné en conséquence.

Nous rencontrons enfin la même erreur de diagnostic dans une observation publiée par Nicaise (2) chez un malade porteur d'un abcès à la partie supéro-externe de la cuisse, consécutif à une contusion du grand trochanter.

On voit, d'après ce qui précède, que les phénomènes de sciatique n'ont pas, dans l'affection qui nous occupe, la valeur de simples irradiations douloureuses. Mais en général ils constituent, à une certaine période de la maladie, le seul symptôme appréciable, au point que l'on ne songe pas au trochanter et que le traitement institué est celui de la sciatique. Nous verrons, à propos du diagnostic, que les phénomènes de sciatique ne sont pas particuliers à l'affection qui nous occupe ; on les rencontre également dans la sacro-coxalgie, dans la périarthrite de Duplay, rarement dans la coxalgie.

La forme sciatique n'est pas la seule que puissent revêtir les irradiations douloureuses. Nous avons noté dans un cas (3) de la gonalgie seule et, dans un autre, de la gonalgie liée à la sciatique (4).

Nous signalons, à propos des phénomènes doulou-

(1) Obs. XII.

(2) Obs. XIV, NICAISE, th. agrég.

(3) Obs. IV.

(4) Obs. VII.

reux, un symptôme qui en est probablement la conséquence directe ; ce symptôme est la claudication généralement accusée par le malade mais que nous n'avons pu étudier, n'ayant pas eu l'occasion de rencontrer l'affection à son début.

II. — ADDUCTION ET ROTATION EN DEDANS

Dans plusieurs de nos observations, nous avons noté que le membre malade s'est mis dans l'une des attitudes caractéristiques de la coxalgie. Cette attitude était toujours la flexion légère avec adduction et rotation en dedans.

Or, nous venons de voir, en étudiant les phénomènes douloureux réunis sous le nom de sciatique, que l'ostéite du grand trochanter a presque toujours, à son début, un retentissement à distance sur les nerfs sensitifs de la cuisse, voire du membre inférieur tout entier. Il serait logique d'admettre en même temps une influence sur les nerfs moteurs de la région, voisins directs des nerfs sensitifs, et il serait très naturel de chercher à expliquer de cette façon l'attitude du membre en adduction et rotation interne. L'excitation motrice s'exercerait avec prédilection dans la même zone que l'excitation sensitive, c'est-à-dire dans la cuisse, zone où les muscles adducteurs sont de beaucoup les plus puissants.

Il ne semble pas, en réalité, que telle soit la véritable pathogénie. En effet, l'attitude ne s'accompagne pas, en général, de contracture permanente.

Le membre malade se place dans une position telle que le genou, grâce à la flexion et à l'adduction, vient reposer sur le membre sain. Une fois cette position acquise, les muscles cessent d'agir, ainsi qu'il est facile de s'en rendre compte par la palpation. Il n'y a donc pas excitation directe des nerfs sensitifs ou moteurs, car, l'excitation étant permanente, il devrait y avoir aussi contracture permanente.

Mais, pour mieux comprendre la pathogénie de cette adduction avec rotation interne, pour expliquer le défaut constant d'abduction avec rotation externe, il est bon d'envisager dans son ensemble la question des attitudes dans la coxalgie. Peut-être les observations que nous publions permettront-elles, en retour, de se faire une idée plus nette de leur pathogénie encore très obscure et controversée.

1^o *Abduction et rotation en dehors.* — De toutes les théories proposées pour expliquer cette attitude (1) trois seulement méritent d'être discutées :

a). *Distension de la synoviale par l'épanchement.* — Cette théorie, soutenue par Bonnet et Parise (2), repose sur un fait expérimental : l'injection de liquide dans l'articulation coxo-fémorale d'un cadavre, produit l'abduction du membre avec rotation en dehors.

(1) MARTIN et COLLINEAU. — De la Coxalgie, Paris, 1865.

(2) PARISE. — *Arch. gén. de Médecine*, 1842-1843.

Mais M. Lannelongue (1) a eu l'occasion de faire quatre autopsies, peu de temps après l'apparition des premiers symptômes de la coxalgie ; sur les quatre pièces, deux présentaient une petite caverne dans la tête fémorale, et les deux autres un foyer d'infiltration du tissu spongieux. « Dans aucun cas, il n'existait d'épanchement appréciable dans la jointure ». La théorie de Parise ne saurait donc s'appliquer à ces observations et, probablement, d'une manière générale, aux observations de coxalgie à début osseux. Or, l'origine osseuse est de beaucoup la plus fréquente, puisque M. Ollier (2) a pu conclure de ses autopsies que, dans un cinquième des cas seulement, « l'origine par la synoviale semblait aussi probable que l'origine osseuse ». Il faudra donc, dans bien des cas, invoquer un mécanisme autre que la distension articulaire, ce qui enlève déjà à la théorie de Parise beaucoup de sa valeur.

Il est même permis de douter qu'un épanchement abondant détermine directement l'abduction du membre. Nous verrons qu'il est plus logique d'admettre une action indirecte par augmentation de pression et des phénomènes douloureux.

En somme, retenons de l'expérience de Parise que l'abduction avec rotation en dehors donne à la cavité articulaire son maximum de capacité et à l'épanchement son minimum de pression.

b). Contracture réflexe. — D'après cette théorie,

(1) LANNELONGUE. — Coxo-tuberculose.

(2) OLLIER. — Traité des Résections, t. III.

défendue par M. Lannelongue, l'abduction et la rotation en dehors s'expliqueraient par ce fait, que les muscles capables de produire cette attitude sont plus forts et plus directement excités que les muscles adducteurs et rotateurs en dedans. « Les muscles les plus nombreux, les plus gros, les plus puissants de la racine du membre concourent au résultat observé : le grand et le moyen fessier sont abducteurs et rotateurs en dehors; le psoas iliaque, le couturier, le droit interne, le tenseur du *fascia lata* sont fléchisseurs et rotateurs en dehors. La rotation en dedans n'est que faiblement produite par quelques faisceaux antérieurs du moyen et du petit fessier. De plus, non seulement les muscles abducteurs et fléchisseurs sont les plus puissants, mais leurs rapports immédiats avec la capsule qu'ils recouvrent immédiatement font comprendre que l'irritation réflexe se rencontre sur eux plutôt que sur les muscles éloignés de la région. »

Mais, s'il est vrai que l'attitude soit due à une excitation réflexe, il est difficile d'expliquer pourquoi cette excitation exerce son influence dans une zone aussi limitée. Si, en effet, les muscles de la racine du membre, généralement abducteurs et rotateurs en dehors, sont en rapport plus intime avec l'articulation, il ne faut pas oublier que les muscles adducteurs de la cuisse sont innervés par le sciatique, le crural et l'obturateur qui n'ont pas avec l'articulation des rapports moins directs. Ce qui prouve bien qu'une excitation dont le point de départ est dans la hanche peut se propager à tout

le système musculaire de la cuisse, ce sont les irradiations douloureuses qui font rarement défaut, la gonalgie dans la coxalgie ordinaire, la sciatique dans la coxalgie trochantérienne : si les nerfs sensitifs sont intéressés, il n'y a pas de raison pour que les nerfs moteurs ne le soient pas également.

Il faudrait donc, pour expliquer l'abduction par contracture réflexe, considérer aussi bien les muscles de la cuisse que ceux de la hanche. Mais alors on s'aperçoit que les muscles adducteurs sont certainement les plus forts. Sans doute les rotateurs en dehors semblent l'emporter, par le nombre et la puissance, sur leurs antagonistes. Mais ils sont bien moins puissants que les abducteurs ou les adducteurs. Or, les mouvements d'abduction et de rotation en dehors, d'adduction et de rotation en dedans étant absolument solidaires dans un membre légèrement fléchi, il faut avant tout considérer les muscles adducteurs et abducteurs ; si de l'énumération de M. Lannelongue nous supprimons le grand fessier qui produit l'extension et non l'abduction (1) il ne reste plus comme muscle abducteur que le moyen fessier ; ajoutons le petit fessier et le pyramidal. L'adduction est, au contraire, produite par le pectiné, le droit interne, et surtout la masse puissante des adducteurs. Dans la lutte entre ces deux groupes de muscles antagonistes la victoire appartient certainement au second. L'abduction ne saurait donc s'expliquer par contracture réflexe.

(1) TESTUT. — Anatomie.

D'ailleurs on comprendrait mal que des phénomènes inflammatoires siégeant dans la même région, ayant leur point de départ les uns dans l'articulation coxo-fémorale, les autres dans le grand trochanter, s'accompagnent dans le premier cas d'abduction (coxalgie vraie), dans le second d'adduction (coxalgie trochantérienne).

Il serait aussi difficile d'expliquer pourquoi la coxalgie qui n'a en réalité, à son début, qu'un faible retentissement sur les tissus périarticulaires s'accompagne toujours d'une attitude nette tandis que dans bien des cas de coxalgie trochantérienne où l'inflammation est beaucoup plus étendue, on n'observerait aucune attitude caractéristique. Ces deux attitudes reconnaissent certainement une autre cause.

c). *Attitude instinctive.* — Le malade place naturellement son membre en abduction et rotation externe parce qu'il diminue ainsi la pression de la tête fémorale contre la cavité cotyloïde, la tension intra-articulaire dans le cas d'épanchement et, par suite, les phénomènes douloureux. « Il est permis de croire, dit M. Kirmisson (1), que c'est pour relâcher tous les tissus articulaires que le malade donne instinctivement à son membre cette attitude que lui garde la contraction des muscles périarticulaires. »

2° *Adduction et rotation en dedans.* Deux théories sont en présence.

(1) KIRMISSON. — Traité de Chirurgie.

a). *Luxation spontanée*. — Cette théorie est soutenue par M. Lannelongue (1). « C'est surtout lorsque les lésions osseuses se prononcent, lorsque la cavité cotyloïde est élargie par sa partie supérieure et externe, lorsque la tête du fémur est diminuée de volume, qu'on voit se produire le glissement de ce dernier os en haut et en arrière et, comme conséquence, l'adduction combinée à la rotation en dedans. Ainsi M. Lannelongue explique cette attitude par « la luxation spontanée, peut-être par des rétractions capsulaires, des transformations fibreuses, la suppuration ».

Mais on observe certainement l'adduction dans bien des cas où les déformations osseuses ne suffisent pas à l'expliquer.

Puis on a cité des cas de coxalgie où le membre s'est mis, dès le début, en adduction.

D'ailleurs M. Lannelongue reconnaît lui-même que « généralement la transformation de l'attitude ne s'opère qu'à la suite de poussées aiguës, répétées. » Il semble que ces poussées aiguës marquent l'envahissement des tissus périarticulaires d'où résulterait alors la contracture des muscles de la hanche et de la cuisse, l'attitude étant déterminée par les plus puissants.

b). *Contracture réflexe*. — Guérin, Crocq, Gibert, Erichsen expliquent le changement d'attitude par la « parésie et l'atrophie portant principalement sur les muscles extenseurs, fessiers et triceps crural ; les

(1) LANNELONGUE. — *Loc. cit.*

adducteurs, devenus prépondérants, entraînent le fémur et le fixent en adduction ».

Qu'il y ait, ou non, atrophie des muscles abducteurs et rotateurs en dehors, nous avons vu que la prépondérance des muscles adducteurs semble suffisante à elle seule pour expliquer l'adduction à la période de contracture généralisée. Le changement d'attitude coïncide avec la propagation au voisinage de l'affection articulaire.

En résumé, d'après les considérations qui précèdent, l'abduction dans la coxalgie semble être une attitude instinctive, tandis que l'adduction serait produite par contracture réflexe. Mais ces mécanismes, comme tous ceux proposés jusqu'à ce jour, reposent plutôt sur des hypothèses vraisemblables que sur des faits nettement établis. Il reste à prouver, pour rendre cette pathogénie aussi vraisemblable que possible, d'abord qu'il existe sûrement des abductions où la contracture n'intervient pas ; ensuite que la contracture simultanée de tous les muscles d'un membre inférieur produit l'adduction et non l'abduction. C'est là que se révèle l'importance des attitudes dans la coxalgie trochantérienne. Les données que nous fournit son étude jointes à celles de la périarthrite et de la coxalgie dite hystérique vont nous donner les preuves cherchées.

Toutes les fois que, dans la coxalgie trochantérienne, nous avons noté une attitude déterminée du membre, cette attitude était l'adduction avec rotation en dedans.

Au contraire, les observations de périarthrites

ayant simulé la coxalgie publiées par Renon (1), Mielly (2) et Grenier (3) signalent, comme presque constante, l'abduction avec rotation en dehors.

Coxalgie trochantérienne et périarthrite ont sensiblement le même siège puisque, dans certains cas, il peut être très difficile de les distinguer : l'une a son origine dans le grand trochanter, l'autre dans la bourse séreuse du grand trochanter. Elles donnent naissance aux mêmes irradiations douloureuses et simulent souvent, l'une et l'autre, les phénomènes de sciatique. Si donc les attitudes qu'elles déterminent étaient dues à une contracture réflexe, ces attitudes devraient être les mêmes dans les deux cas ; or, elles sont inverses. Il faut forcément admettre que ni l'abduction de la périarthrite, ni l'adduction de la coxalgie trochantérienne ne sont des attitudes réflexes. La première intervient pour éviter autant que possible la compression par le tendon du grand fessier de la bourse séreuse du trochanter ; la seconde, pour relâcher les tissus de la région antérieure de la hanche, les collections purulentes ayant plutôt une tendance à se porter en avant.

Ainsi l'abduction, dans la périarthrite, est une attitude instinctive. On a donc le droit d'invoquer la même pathogénie pour l'abduction de la coxalgie. Nous avons vu déjà que c'était la plus acceptable.

Voyons maintenant ce que donne la contracture

(1) RENON. — Thèse Paris, 1874.

(2) MIELLY. — Thèse Paris, 1879.

(3) GRENIER. — Thèse Paris, 1884.

simultanée de tous les muscles du membre inférieur.

Depuis les leçons professées par Brodie (1), en 1836, sur les contractures musculaires donnant des symptômes de coxalgie, des observations ont été publiées sur le même sujet par Robert (2), Verneuil (3) et Philippeaux (4) où nous trouvons notée l'adduction avec rotation en dedans ; nous n'avons jamais vu mentionnée l'attitude inverse. Or, la contracture s'étend évidemment à tous les muscles du bassin et de la cuisse ; dans une observation de Philippeaux elle résultait d'un mal de Pott dorsal et lombaire et l'on ne saurait invoquer une excitation élective sur un système particulier de muscles. Mais, dans la lutte entre les abducteurs et les adducteurs, la victoire reste aux seconds qui sont plus puissants et voilà pourquoi, dans la coxalgie nerveuse comme dans la dernière période de la coxalgie vraie, le membre se place en adduction et rotation interne.

III. — Nous ne rappelons qu'en passant les modifications apparentes de longueur du membre, les déviations de la colonne vertébrale, le changement de niveau des épines iliaques, etc. Tous ces symptômes que l'on peut observer dans la coxalgie trochantérienne, ne sont, en réalité, que des corollaires

(1) BRODIE. — *Gaz. médic.*, 1837.

(2) ROBERT. — *Clin. chirurg.*, 1860.

(3) VERNEUIL. — *Gaz. hebdom.*, 1865.

(4) PHILIPPEAUX. — *Traité thérapeut. de la coxalgie*, 1867.

de l'attitude du membre et n'ont rien de spécial à l'affection qui nous occupe.

IV. — MOUVEMENTS PROVOQUÉS; PERCUSSION A DISTANCE

Les mouvements passifs diminuent progressivement d'étendue sans jamais cependant disparaître entièrement, comme c'est le cas dans la dernière période de la coxalgie. Il est toujours possible d'imprimer au membre malade de légers déplacements dans tous les sens et de constater que le bassin n'est pas absolument solidaire de la cuisse.

De tous les mouvements, celui d'abduction est le plus limité et celui qui tend le premier à disparaître. Si l'on admet que l'attitude prise par le malade est une attitude instinctive pour diminuer la douleur, on comprend très bien que, pour la même raison, il y ait contraction des adducteurs, quand on cherche à produire l'abduction.

La douleur que réveillent les mouvements provoqués est très variable. Elle peut atteindre, dans certains cas, une acuité extrême, tandis que parfois les mouvements de la cuisse peuvent se transmettre au bassin et n'entraîner qu'une très faible souffrance pour le malade.

La percussion sur le talon ne produit pas de douleur dans l'articulation, symptôme d'une grande valeur au point de vue du diagnostic, mais qu'il était facile de prévoir, *a priori*, puisque l'articulation est saine.

V. — ABCÈS; TRAJETS FISTULEUX

On ne les voit apparaître généralement qu'à une période assez avancée de la maladie. Une fois (1), il est vrai, l'abcès fut le premier symptôme et précéda de longtemps les douleurs. Mais c'est l'exception. Dans la plupart de nos observations, l'abcès n'est apparu que plusieurs années après le début de l'affection (jusqu'à cinq ou six ans).

Il se présente sous forme d'une collection ovoïde assez nettement limitée en général, siégeant au niveau même du grand trochanter ou fusant légèrement en bas pour venir faire saillie au niveau du tiers supérieur de la cuisse.

L'abcès ne tarde pas à s'ouvrir spontanément si le malade n'a pas réclamé les secours du médecin et une fistule s'établit. Il est rare que la fistule reste unique si l'on n'intervient pas au début; de nouveaux trajets s'établissent en rayonnant dans toute la région. Des séquestres sont parfois éliminés spontanément.

L'exploration au stylet peut révéler des décollements très étendus. Elle permet en général de sentir une surface osseuse dénudée, quelquefois un séquestre mobile, mais il arrive aussi, surtout quand le trajet fistuleux est un peu long, que l'on ne puisse arriver sur l'os, bien que l'ostéite soit l'origine de la suppuration. Nous avons vu, en effet, que l'abcès est

(1) Obs. III.

généralement en bouton de chemise et que, souvent, on ne peut arriver à la poche profonde que par un très petit pertuis de l'aponévrose fémorale.

Il est fréquent, d'autre part, que le foyer osseux soit en dehors du grand trochanter, dans le sillon qui le sépare du col, difficilement accessible par conséquent à l'exploration du stylet (1).

Un point douloureux nettement limité indique le foyer osseux quand la lésion siège sur la face externe ou en avant du trochanter. Il ne faut pas compter sur ce renseignement si la lésion siège en arrière.

VI. — Nous rappelons enfin, dans un dernier paragraphe, certains symptômes qui n'ont rien de spécial à la coxalgie trochantérienne et qui ne font que compléter l'analogie avec les affections articulaires de la hanche.

De ce nombre sont l'engorgement ganglionnaire et l'atrophie musculaire ; cette dernière ne fait jamais défaut et se constate généralement à une période peu avancée de la maladie.

(1) Obs. X.

CHAPITRE V

Diagnostic

De tous les symptômes que nous avons passés en revue, un seul est pathognomonique : l'abcès de la région du trochanter avec trajet fistuleux conduisant à un point osseux dénudé. Mais nous avons vu que l'abcès se montre tard et n'apparaît souvent que pour rectifier des erreurs de diagnostic. Pendant des mois et des années, les phénomènes peuvent se réduire à la claudication, à des douleurs vagues et intermittentes dans la hanche : on songe tout naturellement à une coxalgie ; ou bien les douleurs s'irradient dans la cuisse avec des caractères tels que l'on admet l'hypothèse d'une sciatique ou d'une affection de la hanche comme la périartérite ou la sacro-coxalgie. Il est généralement difficile, à cette période, d'arrêter son diagnostic ; on peut y arriver cependant dans la majorité des cas.

Avant de passer en revue les différentes affections qui peuvent être confondues avec la coxalgie trochantérienne, nous croyons utile de nous demander

la valeur que l'on peut attribuer aux phénomènes de sciatique comme éléments de diagnostic.

Ce symptôme, ainsi que nous l'avons vu, n'est rien moins que pathognomonique; on le rencontre souvent dans la périathrite (1), ce qui ne saurait nous étonner étant donnés les rapports étroits des nerfs sciatiques avec la bourse du grand trochanter distendue. Elle peut être confondue avec une sacro-coxalgie débutante (2). On l'a notée, bien que plus rarement, dans la coxalgie (3). Enfin les ouvrages de médecine mentionnent des sciatiques en apparence idiopathiques, c'est-à-dire qu'il est impossible d'en déterminer l'origine.

Si les renseignements de la clinique se bornent aux phénomènes de sciatique il est impossible d'arriver au diagnostic. Et cependant ce symptôme, signalé dans de si nombreuses affections, est d'une grande importance au point de vue du diagnostic. Que pouvons-nous donc lui demander?

Ce que nous pouvons demander à la sciatique, c'est d'abord d'attirer l'attention sur l'apparition possible d'une affection de la hanche et, avant tout, de rappeler qu'il importe d'explorer avec soin la région du grand trochanter puisqu'elle est le siège des deux affections qui donnent le plus souvent naissance à ce symptôme : la coxalgie trochantérienne et la périarthrite.

Mais on est peut-être en droit d'attendre un peu

(1) RENON, MIELLY, GRENIER. — *Loc. cit.*

(2) FOLLIN et DUPLAY. — Art. : sacro-cox.

(3) FOLLIN et DUPLAY. — Art. : coxalgie.

plus des phénomènes de sciatique. Il est naturel qu'ils apparaissent dès le début dans une affection extra-articulaire (ostéite du trochanter, ostéite du bassin) d'où l'inflammation se propage rapidement aux tissus voisins. Voyons, au contraire, ce qui se passe dans la coxalgie. La lésion initiale, en général, est un tubercule qui évolue plus ou moins longtemps suivant son siège avant d'envahir l'articulation. On ne voit pas trop comment ce tubercule pourrait donner des phénomènes de sciatique intense avant même de s'être propagé jusqu'à l'articulation et, par suite, avant d'avoir révélé sa présence par des phénomènes d'arthrite. Et de fait on sait que les irradiations douloureuses de la coxalgie revêtent rarement au début la forme de sciatique : elles se traduisent bien plutôt par la gonalgie.

Si, d'autre part, on considère que, parmi les coxalgies il en existe certainement dont le point de départ est en dehors de l'articulation, dans une ostéite du bassin par exemple, on peut se demander si les phénomènes de sciatique observés au début de la coxalgie ne sont pas précisément l'indice d'une origine extra-articulaire. On aurait là un signe précieux pour déterminer le siège des lésions primitives et l'on pourrait en tirer des indications utiles pour le traitement. Mais ce n'est qu'une hypothèse : nous n'insistons pas.

Ce qui demeure bien établi, c'est que les phénomènes de sciatique apparaissant comme phénomènes révélateurs d'une affection naissante de la hanche sont bien plus souvent les précurseurs d'une

lésion du trochanter que d'une arthrite coxo-fémorale et c'est la partie supéro-externe de la cuisse que l'on devra tout d'abord explorer avec soin.

Si l'on ne découvre aucune affection capable d'expliquer la douleur, il faut savoir attendre avant de ranger la sciatique parmi celles que l'on pourrait appeler médicales; des symptômes secondaires ne tarderont pas à éclairer le diagnostic; nous allons maintenant passer en revue ces différents symptômes.

Coxalgie. — L'analogie peut être grande à toutes les périodes jusqu'à rendre le diagnostic hésitant et à entraîner des confusions. On se rappellera que la gonalgie est surtout fréquente au début de la coxalgie et la sciatique au début de la coxalgie trochantérienne. Dans la première affection les douleurs spontanées avec exacerbation nocturne et insomnie sont fréquentes et quelquefois très vives; on détermine de la douleur en déprimant profondément les tissus à la base du triangle de Scarpa, région qui correspond à la tête fémorale; la percussion sur le talon ou sur le trochanter fait naître des douleurs que le malade localise dans l'articulation coxo-fémorale; on peut constater par les mouvements de la cuisse et en appliquant une main au pli de l'aîne, le dépoli des surfaces ou des craquements articulaires; le membre se met presque toujours en abduction et rotation externe avant de présenter l'attitude inverse, qui apparaît d'emblée dans la coxalgie trochantérienne; la suppuration est tardive;

les abcès sont surtout accessibles en avant et les fistules rayonnent autour de la tête fémorale; à l'affection succèdent l'ankylose ou la luxation spontanée avec raccourcissement réel du membre; autant de signes qui font toujours défaut dans l'affection qui nous occupe et qui ne permettent pas les erreurs de diagnostic quand on les a nettement observés.

Hygroma suppuré de la bourse du grand trochanter. — Depuis que Duplay a décrit cette affection sous le nom de périarthrite, de nombreuses thèses (1) ont signalé l'analogie qu'elle offre parfois avec l'arthrite coxo-fémorale. Mais des signes précis la distinguent des ostéites du trochanter donnant naissance à des phénomènes analogues. L'hygroma suppuré est assez souvent accompagné, lui aussi, de douleurs sur le trajet des sciatiques, mais elles sont, en général, consécutives à la formation de la poche purulente, beaucoup plus précoce dans son apparition que les collections de l'ostéite. La poche siège en arrière du grand trochanter. Bridée en avant par le tendon du grand fessier, elle s'étend à la partie postérieure de la cuisse, quelquefois jusqu'à la crête iliaque et fait saillie au-dessous du grand fessier. Pour éviter la compression de la poche enflammée, le membre se place en abduction avec rotation en dehors. Lorsque la poche s'ouvre à l'extérieur, on voit sortir, au début, par la fistule qui s'établit, de la

(1) RENON, MIELLY, GRENIER. — *Loc. cit.*

sérosité transparente; plus tard, un pus séreux, liquide, quelquefois sanguinolent; ce n'est pas le pus jaune et bien lié d'origine osseuse.

L'exploration au stylet ne donne pas de résultats satisfaisants. En effet, il est possible, ainsi que l'admettait Duplay et ses élèves, que l'hygroma de la bourse du grand fessier s'accompagne secondairement d'altération osseuse, ce qui peut en imposer pour une ostéite primitive. En second lieu, il est fréquent, comme nous l'avons vu à propos de l'anatomie pathologique, de ne rencontrer, à l'examen clinique, aucune lésion osseuse, alors qu'elle est nettement démontrée plus tard par les interventions larges ou les autopsies.

Sacro-coxalgie. — Elle s'accompagne parfois d'irradiations douloureuses sur le trajet du sciatique; elle peut donner des contractures et rappeler le tableau clinique de la coxalgie. Mais le diagnostic est facile grâce à la douleur que déterminent la pression sur l'interligne sacro-iliaque et les tentatives de rapprochement des épines iliaques.

CHAPITRE VI

Traitement.

I. — *Période de début.* — Dès que l'on a diagnostiqué l'ostéite du grand trochanter, et sans attendre l'apparition d'un abcès, il convient d'immobiliser le membre par une demi-gouttière plâtrée antérieure. Cette demi-gouttière, qui a la forme d'un L, est disposée de la façon suivante : la longue branche, appliquée sur la face antérieure du membre tout entier, se continue au niveau du bassin avec la courte branche ; cette dernière, appliquée sur l'abdomen et la base du thorax, doit remonter jusqu'à la ligne mamelonnaire et atteindre à peine, en largeur, la demi-circonférence du tronc, pour ne pas gêner les mouvements respiratoires.

On prescrira le repos au lit ; une planche sera interposée entre les deux matelas.

Au bout de cinq ou six mois, au minimum, si aucune complication n'est survenue, si les mouvements sont devenus beaucoup plus libres, on pourra

permettre un tuteur avec point d'appui ischiatique.

Cette longue immobilisation est parfaitement justifiée, car il est impossible de connaître l'état de la lésion osseuse, sa gravité, la distance qui la sépare de l'articulation, et il vaut mieux pécher par excès de prudence que de s'exposer, par un traitement moins énergique, aux graves conséquences d'une arthrite.

II. — *Période d'état.* — Malgré tout, un abcès peut se déclarer à la région trochantérienne. On en est averti souvent par un état général moins bon, la diminution de l'appétit, quelquefois un mouvement fébrile léger.

Si l'on trouve une simple poche purulente, ponctionner à plusieurs reprises, injecter au besoin après la ponction de la glycérine iodoformée stérilisée à 5 pour 100 : continuer l'immobilisation.

S'il existe des fistules, et surtout si les fistules sont de date ancienne, il faut intervenir pour rechercher le foyer osseux et enlever en même temps la poche tuberculeuse. On fait aux téguments une longue incision en prenant comme guides la sonde cannelée ou le stylet introduits dans les trajets fistuleux.

Le foyer osseux est évidé à l'aide de la gouge et du maillet. Il importe de procéder avec prudence et d'éviter autant que possible de pénétrer dans l'articulation. Malgré l'antisepsie nous considérons comme dangereux les curages aveugles dans une région si délicate. On ne prendra donc la gouge qu'après s'être donné un jour suffisant sur la région

et en ayant toujours présentes à l'esprit les dispositions exactes de la capsule articulaire. On se souviendra que cette dernière s'insère en avant sur une ligne rugueuse oblique qui réunit les deux trochanters : le col est donc, de ce côté, compris tout entier dans la capsule. Au contraire, l'insertion postérieure se fait à l'union du tiers externe avec les deux tiers internes du col. Les lignes d'insertion, supérieure et inférieure, sont obliques et réunissent les extrémités des deux précédentes.

Puis on procède à l'extirpation de la poche tuberculeuse et des tissus envahis. Cette extirpation doit être aussi complète que possible. Dans un cas (Obs. VIII) M. Gangolphe fut amené à enlever une masse musculaire infiltrée de tubercules, longue de 15 centimètres et large de 6 à 7 centimètres. La guérison fut complète.

Les points particulièrement malades sont ensuite cautérisés au thermo-cautère. Tamponnement à la gaze iodoformée. Contre-ouverture en arrière si le besoin s'en fait sentir; drainage. Pas de réunion immédiate complète, mais seulement suture partielle des lèvres de la plaie. Immobilisation par l'attelle plâtrée antérieure déjà décrite.

Nous avons supposé que la lésion osseuse était facilement accessible, grâce à une longue incision. Il n'en est pas toujours ainsi, et nous avons noté la fréquence des ostéites constatées à l'autopsie, mais qui avaient été méconnues pendant la vie. Les ostéites de la base du col, en particulier, surtout quand elles siègent en arrière, sont très difficiles à

découvrir. L'observation X en est la preuve. On ne découvrit qu'à grand peine, au cours de l'intervention un point osseux profondément situé derrière le trochanter; la suite de l'opération démontra l'existence d'un large foyer intéressant à la fois le trochanter et la base du col.

Dans ces conditions on ne saurait se contenter d'une simple incision des téguments, avec évidemment; il faut pénétrer de parti pris dans les masses osseuses pour y découvrir les lésions. Deux sortes d'intervention ont été proposées.

Opération de Le Fort. — Elle consiste à creuser dans le grand trochanter une gouttière longitudinale. L'auteur décrit de la façon suivante le manuel opératoire (1) : « On découvre le grand trochanter et l'on détache le périoste. Puis, avec le ciseau et le maillet, on creuse deux lignes parallèles distantes l'une de l'autre de 7 à 8 millimètres; puis on enlève la bande d'os ainsi circonscrite, jusqu'à ce qu'on soit arrivé au centre du grand trochanter. Si l'on trouve un foyer caséeux, ou même un séquestre, on l'enlève; si l'on trouve seulement du tissu osseux rouge, fortement injecté, ramolli, on se sera conformé à ce prétexte, déjà fort ancien et confirmé par l'expérience, que, dans les ostéites centrales, une brèche profonde pratiquée à l'os malade enraye le processus morbide, amène et hâte la guérison ».

On peut reprocher à ce procédé de ne permettre

(1) LE FORT. — Œuvres, t. III.

l'exploration que jusqu'« au centre du trochanter » ; de n'être applicable, en d'autres termes, qu'aux « trochanterites » pures. Mais elle ne renseigne pas sur les lésions de l'ostéite juxta-épiphysaire dont l'histoire est si intimément liée à celle de la trochanterite. Le second procédé permet de préciser beaucoup mieux le siège et l'étendue des lésions.

Opération d'Ollier. Procédé à tabatière. — Ce procédé, qui consiste à détacher par un trait de scie oblique en haut et en dedans la partie supérieure du grand trochanter, permet de constater immédiatement l'état de l'épiphyse et de la base du col et, s'il existe des séquestres, leur extraction se fait avec la plus grande facilité. C'est ainsi que, dans l'observation X où l'on n'avait pu découvrir que grâce à une exploration minutieuse, faite au cours même de l'opération, un foyer osseux qui siégeait en arrière à la base du col, le relèvement du trochanter par le procédé à tabatière mit à découvert un séquestre de nécrose en voie d'isolement, reconnaissable à sa coloration jaunâtre et limité par une ligne rouge plus foncée. Ce séquestre occupait à la fois l'épiphyse et la base du col. Il fut extrait avec la plus grande facilité, et l'on put évider à la gouge la paroi de la cavité, sans dépasser les limites de la lésion et sacrifier de tissu sain.

Or, il importe, toutes les fois que l'intervention doit intéresser le col, d'être très conservateur pour laisser le maximum de solidité à une partie de l'os que sa disposition rend éminemment favorable aux

fractures. « Si l'on peut hardiment réséquer toute la saillie trochantérienne et évider le fémur directement au-dessous d'elle, il faut aller avec une prudence extrême dès que l'on a atteint la base du col » (Ollier).

De ce précepte fondamental découle encore la nécessité de choisir, pour les interventions sur la région cervicale, les instruments à « excision parcellaire », de façon à ménager autant que possible le tissu compact qui donne à l'os sa solidité.

Nous rappelons la nécessité de l'immobilisation par un appareil plâtré et de l'usage des béquilles pendant un certain temps toutes les fois que l'on pourra redouter une fracture.

En résumé, le procédé « à tabatière » est le procédé de choix, quand l'intervention doit intéresser la région cervicale, parce qu'il donne le maximum de jour et le minimum de dégâts. M. Ollier en résume ainsi les indications : « Le relèvement du trochanter après section de sa base par le procédé à tabatière sera très utilement applicable à la recherche des foyers de la base du col et de la région intertrochantérienne. C'est le moyen d'aborder directement des foyers que leur profondeur ou la sinuosité de leurs trajets mettent hors d'atteinte du stylet. »

CONCLUSIONS

I. — Les ostéites épiphysaires ou juxta-épiphysaires, du grand trochanter peuvent s'accompagner de symptômes rappelant plus ou moins le tableau clinique attribué à la coxalgie.

Cette dernière dénomination, peu précise, comprend à la fois les lésions synoviales primitives de la hanche, des ostéo-arthrites d'origine diverse (acétabulum, tête du fémur) et enfin des ostéites qui, à leur début, retentissent simplement sur l'articulation sans l'envahir (ilion, pubis, ischion, grand trochanter).

C'est un essai de différenciation que nous avons tenté en étudiant isolément la coxalgie trochantérienne, le mot coxalgie conservant ici sa signification ancienne.

II. — Tandis que la coxalgie ordinaire est exceptionnelle après l'âge de quinze ans, la coxalgie trochantérienne se rencontre surtout chez l'adolescent et chez l'adulte.

III. — Des phénomènes de sciatique apparaissent très souvent à une période où il n'existe encore aucun signe pathognomonique de l'ostéite; le malade est soumis au traitement médical; s'il entre à l'hôpital, il est reçu et soigné dans les services de médecine.

IV. — Le membre se met parfois dans l'une des attitudes caractéristiques de la coxalgie. Nous avons toujours noté une légère flexion de la cuisse sur le bassin avec adduction et rotation en dedans.

Les mouvements provoqués sont généralement limités, mais jamais complètement abolis.

V. — La suppuration est la règle.

Le siège des abcès et des fistules à la partie supéro-externe de la cuisse; un point douloureux limité, à la pression; la constatation par le stylet d'un foyer osseux; l'absence de douleur dans l'articulation coxo-fémorale par la pression directe et la percussion à distance permettent de préciser le diagnostic et d'éliminer d'une part la coxalgie ordinaire, d'autre part les affections de la hanche pouvant donner naissance à des phénomènes analogues.

On est en droit d'attendre beaucoup des progrès de la radiographie, mais elle n'a pas encore donné, dans les affections de la hanche, des résultats très satisfaisants.

VI. — Les ostéites juxta-épiphysaires du grand trochanter se propagent facilement à l'articulation,

par l'intermédiaire du tissu spongieux du col ; on sait, en effet, qu'une partie du col est intra-articulaire.

VII. — L'extirpation des foyers tuberculeux (os et parties molles) par le bistouri, la gouge, la curette et le thermo-cautère sont applicables aux foyers facilement accessibles et de dimensions restreintes.

Quand on n'est pas sûr du siège et de l'étendue de la lésion, ou si l'on craint une infiltration purulente, sans foyer de nécrose, il est indiqué de recourir à la résection du grand trochanter ; le procédé « à tabatière », de M. Ollier, est celui qui donne le plus de jour et permet le mieux la découverte des lésions et l'ablation du tissu malade.

Il est surtout indiqué pour les interventions sur la base du col, où l'on ne doit agir qu'avec une extrême prudence, pour conserver à l'os une solidité suffisante.

VU :

Le Président de Thèse,

OLLIER.

VU :

Le Doyen,

LORTET.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur,

G. COMPAYRÉ.

BIBLIOGRAPHIE

- BOISSARIE. — Thèse de Paris, 1862.
- BONNES. — Thèse de Montpellier, 1860.
- BRODIE. — Leçons professées en 1836. *Gazette médicale*, 1837.
- CHARPY. — *Gazette des Hôpitaux*, mai, 1892.
- CHASSAIGNAC. — Recherches cliniques sur les bourses de glissement de la région trochantérienne et de la région iliaque postérieure. Arch. gén. de Médecine, 1853.
- CROLAS. — Thèse de Montpellier, 1865.
- DUPLAY. — Des périarthrites coxo-fémorales. Leçons cliniques. *Progrès Médical*, 1874.
- FOIX. — Six observations de lésions de la bourse du grand trochanter ayant simulé une coxalgie. Arch. gén. de Médecine, janvier, 1872.
- GAME. — Thèse de Paris, 1846.
- GANGOLPHE. — Maladies infectieuses et parasitaires des os.
- GANGOLPHE. — Ostéite tuberculeuse cervico-trochantérienne, *Lyon Méd.*, 1896.
- GANGOLPHE. — Le Dentu-Delbet, Art. coxalgie.
- GRENIER. — Thèse de Paris, 1884.
- JAMET. — Thèse de Paris, 1862.
- KIRMISSON. — Leçons cliniques sur les maladies de l'appareil locomoteur.
- LABBÉ. — Thèse d'agrégation, Paris, 1865.
- LANNELONGUE. — Coxo-tuberculose.
- LAUGIER. — Dictionnaire en 30 volumes. Art. Bassin.
- LE FORT. — Œuvres, t. III.

- MACNAB. — Abscès de la bourse du grand trochanter simulant la coxalgie *The Lancet*, 1870-1871.
- MARJOLIN. — *Bul. soc. Chir.*, 1865.
- MAISONNEUVE. — Thèse d'agrégation, 1844.
- MARTIN et COLLINEAU. — De la coxalgie, 1865.
- MIELLY. — Thèse de Paris, 1879.
- NICAISE. — Thèse d'agrégation, 1869.
- OLLIER. — Traité des résections, t. III.
- PARISE. — *Arch. gén. Méd.* 1842-1843.
- PÉTREQUIN. — *Journal des connaissances médicales*, 1842.
- PHILIPPEAUX. — Traité de thérapeutique de la coxalgie, Paris, 1867.
- PROSNOWSKI. — Thèse de Paris, 1870.
- RENON. — Thèse de Paris, 1874.
- ROBERT. — Clinique chirurgicale, 1860.
- RODET. — *Revue de Chirurgie*, 1885.
- SALES. — Thèse de Paris, 1871.
- TEALE. — Abscès de la bourse du grand trochanter simulant la coxalgie. *The Lancet*, 1870-1871.
- VACHERIE. — Thèse de Paris, 1872.
- VERNEUIL. — *Bulletin de la Société de Chirurgie*, 1865.
- VICHERAT. — Essai sur la coxalgie, Paris, 1840.
- WIALS. — Abscès de la bourse du grand trochanter simulant la coxalgie. (*The Lancet*, 1870-1871.

